Lane Medical Library

Zur
Differentialdiagnose der Aortenaneurysmen.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 8. Mai 1890

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Max Dresdner

aus Beuthen O/S.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Leopold Treitel, prakt. Arzt.
- Dr. med. Julius Jacobsohn.
- Dr. med. Hugo Neumann.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Meinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ondifferentialdi0000maxd

Den Anlass zu den vorliegenden Betrachtungen gab ein Fall, der während längerer Zeit zunächst in der II. medizinischen Klinik und sodann nach einer kurzen Pause auf der Klinik von Herrn Geheimrat Leyden beobachtet wurde. Es handelte sich um einen Fall von Aneurysma aortae ascendentis, dessen Krankheitsbild indessen nicht nur an sich sehr wenig ausgesprochen, sondern auch durch eine komplizierende Pleuritis derartig verdunkelt wurde, dass obige durch die Sektion gelieferte Diagnose während des Lebens nicht gestellt werden konnte, vielmehr eine maligne Geschwulstbildung, ein Carcinoma pulmonis et pleurae, angenommen wurde. So viele Zeichen auch existieren, die nahezu ausschliesslich beim Aortenaneurysma anzutreffen sind, und daher als pathognomonisch für dieses Leiden gelten können, so handelt es sich doch hier zu einem grossen Teil um Zeichen, die nicht einen specifischen Charakter tragen, sondern um Folgezustände, abhängig von Sitz und Umfang der Erkrankung, andererseits aber sind diese Zeichen auch selten in so zahlreicher Kombination vorhanden,

dass sie eine unzweideutige Erklärung finden könnten. Es muss daher die Aufgabe bei dem Ausbau dieses wichtigen Kapitels der inneren Medizin sein, durch gewissenhafte Vergleichung der klinischen Krankheitserscheinungen mit den Ergebnissen der Sektion möglichst viel neue Gesichtspunkte für die Diagnostik beizubringen.

Von diesem Gedanken ausgehend, will ich den erwähnten Fall aus der I. medizinischen Klinik in diagnostischer Hinsicht einer Betrachtung unterziehen, und erlaube mir zunächst eine kurze Wiedergabe von Krankheitsgeschichte und Sektionsprotokoll.

G. W., Arbeiter, 51 Jahre, aufgenommen am 11. X. 89.

Patient, hereditär nicht belastet, hat im Jahre 59 eine Lungenentzündung und hitziges Nervenfieber überstanden. Seit 2 Jahren leidet Patient an Husten und Auswurf. Im Frühjahr 89 stellte sich Bluthusten ein, der längere Zeit anhielt und mit Stichen in der linken Brusthälfte und Kurzatmigkeit verbunden war. Anfang Juli 89 suchte Patient wegen Schmerzen in der linken Seite die Charité auf. Bei seiner Aufnahme wurde ein abgesacktes linksseitiges Pleuraexsudat konstatiert. Die Probepunktion ergab seröse Flüssigkeit, es wurden daher mittelst Aspiration circa 200 ccm einer serösen Flüssigkeit entfernt. Am

Tage nach der Aspiration wurde blutig gefärbtes Sputum entleert und ein circumscripter linksseitiger Pneumothorax konstatiert. Patient fieberte anhaltend. Das blutige Sputum schwand nach einigen Tagen, der Pneumothorax dagegen wurde erst nach einigen Wochen kleiner, war jedoch noch, als Patient Anfang August die Anstalt ungeheilt auf Wunsch verliess, in geringerem Masse vorhanden. Tuberkelbacillen wurden im Sputum nicht nachgewiesen. Kurz nach seinem Austritt bekam Patient eine sehr profuse Haemoptoë, derentwegen er abermals Ende August 89 die Charité aufsuchte und 4 Wochen daselbst verblieb. Es wurde wiederum ein reichliches, linksseitiges hämorrhagisches Pleuraexsudat konstatiert, das aspiriert wurde. Die Haemoptoë schwand in kurzer Zeit, jedoch blieb eine die ganze linke Thoraxhälfte einnehmende Dämpfung zurück, welche trotz zahlreicher, später vorgenommener Probepunktionen niemals mehr Flüssigkeit ergab. Der Auswurf schwand in letzter Zeit; er wurde wiederholt mit negativem Resultat auf Tuberkelbacillen untersucht. Hohes Fieber bestand während der ganzen Zeit. Gegen Ende September verliess Patient gebessert auf Wunsch die Anstalt, bekam jedoch bald darauf wieder reichliche Haemoptoë, welche ihn am 27. September 89 zwang, die Charité abermals aufzusuchen.

Status praesens: Patient ist ein ziemlich grosser Mann von sehr kräftigem Knochenbau, ausserordentlich geringer Muskulatur und sehr wenig Fettpolster. Das Gesicht ist stark abgemagert, sonngebräunt, nicht von specifisch kachektischem Kolorit. Die Augen liegen etwas tief, haben lebhaften Ausdruck, die Wangen und Lippen sind ziemlich gut gefärbt. Die Haut am übrigen Körper etwas feucht, in sehr grossen Falten abhebbar und ziemlich dünn. Temperatur 37,1. Pat. nimmt die aktive Rückenlage ein. Der Puls 76 pro Minute, Arterie weich, mässig gut gefüllt, von geringer Spannung. Die Respiration ist ruhig, nicht dyspnoisch, dabei hebt sich der ganze Thorax, und zwar die rechte Seite mehr wie die linke. Exantheme und Ödeme sind nicht vorhanden.

Auffällige Symptome: Der unverhältnismässig dicke Hals des Patienten, die sehr bedeutende Tiefe des Halses, welche links mehr ausgesprochen als rechts. An der rechten Seite des Halses eine ausserordentlich lebhafte Venenpulsation. Man sieht in ganz rhythmischer Wiederkehr fortwährend Flüssigkeitswellen in die Jugularis hinauf- und zurücktreten.

Die Klagen des Patienten beziehen sich auf Mattigkeit, nur zeitweise Schmerzen in der linken Brust.

Das Sensorium ist frei, Kopfschmerzen sind zur Zeit des Fiebers vorhanden; der Schlaf meistens gut.

Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen sind nicht vorhanden.

Der Thorax ist sehr gut gewölbt, sowohl links wie rechts; eine kleine Differenz besteht zwischen beiden Seiten in der Tiefe der Mohrenheimschen Grube, welche rechterseits zum Schulterkopf flacher abfällt als links.

An der Oberfläche des Thorax bemerkt man ein rhythmisches Spiel von Pulsationen, welche vom V. und IV. Intercostalraum links in der Mammillarlinie ausgehen, alsbald am rechten Sternalrand im III. Intercostalraum und schliesslich im II. in der Parasternallinie bemerkt werden.

Die Perkussion ergiebt:

Rechte Spitze lauter Lungenschall.

Rechte Clavicula lauter Lungenschall, nach aussen anscheinend etwas gedämpfter.

Im I. Intercostalraum guter Schall, II. J.C.R. desgleichen, etwas heller als im ersten. III. J.C.R. ebenso, IV. etwas gedämpft, V. Lebergrenze.

Auskultation:

Rechte Spitze reines vesikuläres Inspirium, ohne Rasselgeräusche, schwach hörbares Exspirium.

I. I.C.R. lautes vesikuläres Atmen, kein Nebengeräusch, II. I.C.R. Exspirium weniger hörbar; III.

I.C.R. Atemgeräusch etwas schwächer, IV. ganz abgeschwächt.

Perkussion: Linke Spitze starke Dämpfung, mit deutlicher Tympanie. Clavicula intensive Dämpfung; I. I.C.R. Schenkelschall; II. ebenfalls, die Dämpfung geht ohne Grenze in die Herzdämpfung über; über der V. Rippe voller Magenschall. Axillargegend von oben bis unten absolut gedämpft.

Auskultation: Spitze weiches Bronchialatmen, ohne Nebengeräusche. I. I.C.R. vesikuläres Inspirium, deutlich hauchendes Exspirium, zwar nur in der äusseren Hälfte desselben. Am Rande des Sternums ist das Inspirium bedeutend weicher, mehr bronchial, in derselben Höhe in der Axillaris kein Atemgeräusch.

II. I.C.R. Am Sternalrand bronchiales Atmen, in der Mammillarlinie viel schwächer hörbar, in der Axillarlinie gar kein Geräusch.

III. I.C.R. Nur sehr schwaches Atemgeräusch hörbar.

Perkussion hinten: rechts normale Verhältnisse, Auskultation in den oberen Partieen rechts etwas dumpfes vesiculäres Atmen. Über den abhängigen Partieen bei vesiculärem Atmen Reibegeräusche und vereinzelte kleinblasige Rasselgeräusche.

Linke Spitze vollkommene Dämpfung von oben bis unten. Über der Spitze ergiebt sich bei der Aus-

kultation bronchiales Atmen, am lautesten in der Infrascapularis, das nach abwärts immer schwächer wird.

Status des Herzens:

Die Inspektion der Herzgegend zeigt systolische Einziehung, welche im ganzen IV., V. und im äusseren Teile des VI. Intercostalraums sichtbar ist. Eine systolische Hebung ist am rechten Sternalrand im III. I.C.R. zu bemerken. Die auf die Herzgegend aufgelegte Hand fühlt eine schwache, diffuse Erschütterung. Einen schwachen Spitzenstoss fühlt man im IV. und V. I.C.R. in der Mammillarlinie, die Herzdämpfung reicht 4 cm über den rechten Sternalrand und wird 1 cm rechts vom rechten Sternalrand zum Schenkelschall; derselbe lässt sich nach links gegen die pleuritische Dämpfung nicht abgrenzen. Die obere Grenze der Herzdämpfung ist ebenfalls nicht zu perkutieren, wegen der darüberstehenden Dämpfung der komprimierten Lunge. Die Grenze des Herzens gegen den halbmondförmigen Raum liegt am oberen Rand der 5. Rippe, wo lauter tympanitischer Schall beginnt. Der halbmondförmige Raum reicht nach aussen 3 cm über die Axillarlinie hinweg.

Aus dem weiteren Verlaufe des Leidens möchte ich, den Tagesaufzeichnungen folgend, das Wichtigste zusammenfassen:

Der Patient kam mit Fieber von 39,6° in die

Anstalt, dasselbe fiel bald ab und steigerte sich am Abend des dritten Tages wieder auf 39,8°, auch am folgenden Tage bestand noch Temperatur über 39°, während sie von da an zwischen 36° und 38° schwankte. Es bestand fernerhin geringer Husten und Auswurf, welcher leicht blutig tingiert war, sich innerhalb geringer Grenzen hielt und am 3. X. schon völlig verschwunden war. Daneben bestand geringe Kurzatmigkeit und ferner starke Schmerzen im linken Hypochondrium, die mitunter sogar zu solcher Intensität sich steigerten, dass sie den Schlaf des Patienten störten; später nahmen dieselben ab und verschwanden schliesslich völlig. Im übrigen traten während einer langen Reihe von Tagen heftige Schmerzen im linken Bein auf und endlich bestanden sehr starke Nachtschweisse, die selbst durch Atropin nicht immer völlig beseitigt werden konnten.

Am 3. X. werden Probepunktionen vorgenommen im VI. Intercostalraum in der hinteren Axillarlinie und im VII. Intercostalraum innerhalb des Angulus scapulae. An beiden Stellen federt der Spritzenstempel zurück, ohne dass Exsudat gewonnen wird.

Am 11. X. trat, nachdem einige Tage relativen Wohlbefindens vorangegangen waren, plötzlich ohne jede Prodrome abends 8 Uhr eine reichliche Haemoptoë ein, die $^1/_2$ Liter Blut herausbeförderte; bald darauf

trat, da weitere Blutmassen Erstickung herbeiführten, der letale Ausgang ein.

Das Sektionsprotokoll lautet folgendermassen:

Mässig abgemagerter, kräftiger, männlicher Leichnam. Beide Lungen ziemlich aufgebläht, die linke mit dem Thorax ziemlich fest verwachsen, in ihrer ganzen Ausdehnung schlaff, hepatisiert; das Herz mässig vergrössert, die Muskulatur ziemlich stark im Verhältnis zu den Höhlen, leicht braun. Die Aortenklappen ein wenig verdickt, Ostium aorticum 9 cm, weiter aufwärts findet sich eine sackförmige Erweiterung, die in ihrem grössten Umfange 18 cm misst; einige kleine sekundäre Buchten von etwa Hühnereigrösse enthalten geringfügiges Gerinnsel. Die Wand der Aorta ist stark verdickt; die Intima höckrig und wulstig ohne Kalkplatten; am Ende des Bogens verjüngt sich das Gefässrohr rasch, der Brustteil der Aorta hat 6 cm im Umfang. Das ganze Aneurysma liegt in der linken Brusthälfte.

Milz ein wenig vergrössert mit breiiger Pulpa, die Nieren gross, dunkelrot, die blutreiche Rinde stellenweise leicht weisslich getrübt mit zahlreichen, bis erbsengrossen Cysten. Die Leber zeigt Fettinfiltration und geringe und unregelmässige Atrophie.

Diagnose: Aneurysma arcus aortae, Pleuritis chronica adhaesiva sinistra, Bronchopneumonia multiplex

sinistra, Hyperplasis lienis pulposa, Nephritis chronica interstitialis incipiens.

Wie schon am Eingange der Arbeit berichtet, war während des Lebens die Diagnose auf einen malignen Tumor, ein Carcinoma pulmonis et pleurae, gestellt worden.

Fragen wir nun, welche Momente auf diese während des Lebens gestellte Diagnose hinleiteten und dieselbe rechtfertigen, so ist hier zunächst auf das Aussehen des Patienten Rücksicht zu nehmen, der, wie in der Krankengeschichte erwähnt, eine in anbetracht seines kräftigen Knochenbaus, seiner Thätigkeit als Arbeiter und seiner stets guten socialen Verhältnisse erstaunliche Abmagerung zeigte, wenn auch ein ausgesprochen kachektisches Kolorit an ihm nicht zu konstatieren war. Für eine Lungenphthise, an die man wohl zunächst hätte denken können, weil sie eine Erklärung für dieses Aussehen gegeben hätte, boten weder die widerholte Untersuchung des Sputums, noch auch die Resultate der Auskultation und Perkussion auch nur den geringsten Anhalt, so dass die Lungenblutungen, die sich bei dem Patienten zu wiederholten Malen einstellten, eine andere Erklärung erhalten mussten, und wir kommen hiermit zur Betrachtung derjenigen Symptome in den Lungen und ihrer Umgebung, die, wenn sie auch, wie in den weitaus

meisten Fällen von Lungenkrebs, nicht direkt positiver Natur und unmittelbar beweisend sein konnten, sich doch für diese Diagnose verwerten liessen, und unzweifelhaft mit ihr in vollen Einklang zu bringen sind. Zu diesen Momenten gehörig betrachte ich die hochgradige Atemnot, die in der Ausschaltung grösserer Lungenpartieen durch den pathologischen Vorgang ihre ungezwungene Erklärung finden würde; hierhin gehört der blutige Auswurf, welcher nach Auschluss der Lungenphthise nicht gut anders, als auf einen malignen, destruktiven Prozess in den Lungen bezogen werden konnte. (Über das Vorkommen dieses Symptoms bei Aortenaneurysmen wird weiter unten das Nähere mitgeteilt.)

Ein weiteres Moment für die Annahme einer Neubildung, gleichviel welcher Art, ergab die bedeutende Vergrösserung des Brustumfangs auf der linken Seite, welcher zugleich auf die unzweifelhaft vorhandene Pleuritis sich mitbeziehen lässt, die der klinischen Diagnose entsprechend als carcinomatöse Reizung der Pleura aufgefasst wurde, durch den Sektionsbefund indessen als ein selbständiges, unabhängiges Leiden sich erwies, das gewiss nur imstande war, die ohnehin schon unsicheren Erscheinungen des Hauptleidens im höchsten Grade zu verdunkeln und ihre Deutung zu erschweren. Dagegen war die Dämpfung auf der

ganzen linken Seite für die Diagnose eines Tumors nicht zu verwerten, da sie durch die Pleuritis allein schon hinreichende Erklärung fand.

Endlich wollen wir aus der Krankengeschichte noch eine Gruppe von Erscheinungen herausgreifen, die im Verein mit den vorhergehenden Momenten die klinische Diagnose stützen mussten, ich meine die Kompressionserscheinungen mannigfachster Art, deren Erklärung übrigens auch für das in Wirklichkeit in unserem Fall vorliegende Aortenaneurysma ihre volle Bedeutung behält, da sie sich nicht auf die Natur des Tumors, sondern lediglich auf dessen Existenz gründen. Zu diesen Symptomen rechne ich die enorme Schwellung des Halses, den Venenpuls der Jugularis, die sich aus dem Druck auf die Venen, endlich die Schlingbeschwerden, die sich durch die Kompression des Oesophagus ungezwungen erklären.

Fassen wir die genannten Momente alle noch einmal ins Auge, so sehen wir in ihnen eine Reihe von Symptomen, die im Verein mit dem äusseren Habitus des Patienten die Annahme einer malignen Erkrankung in den Respirationsorganen, und sekundär in der Pleura, recht wahrscheinlich machen musste, während für ein Aortenaneurysma kein unzweideutiges Symptom beizubringen war. Es soll jetzt unsere Aufgabe sein, in Kürze diese wenigen Momente zu würdigen, welche